

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Ляховская Н.В., Крылова Е.В., Дмитраченко Т.И.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется до 275 млн. диарейных заболеваний детей и взрослых, что со всей очевидностью иллюстрирует важную роль кишечных заболеваний в инфекционной патологии человека, которые по своей распространенности уступают лишь респираторным инфекциям. Следует отметить, что этиология острых кишечных заболеваний чрезвычайно разнообразна. Тем не менее современные методы исследований позволяют установить этиологию острых кишечных инфекций (ОКИ) только в 60—80 % случаев. Основным этиологическим агентом ОКИ у детей является ротавирус. Доля ротавирусной инфекции (РВИ) в структуре ОКИ колеблется от 8 до 73%, что определяется сезонностью заболевания. Из всех детей, госпитализированных в стационар по поводу кишечных расстройств, у 20—60% диагностируется РВИ.

Целью работы явилось изучение эпидемиологических особенностей РВИ во всех возрастных группах больных ОКИ, находившихся на лечении в Витебской областной инфекционной клинической больнице (ВОИКБ) в 2007 году, а так же клинических особенностей РВИ и микст-ротавирусной инфекции (микст-РВИ) у детей до 3 лет.

Материалы и методы. В работе использованы данные государственной медицинской статистической отчетности о заболеваемости РВИ за 1998-2007 гг. Клинические особенности РВИ микст-РВИ у детей младшего возраста определялись посредством анализа течения заболевания у 64 больных с лабораторно подтвержденным диагнозом, находившихся на лечении в ВОИКБ. Для оценки течения заболевания применяли клинические и лабораторные методы.

Результаты и обсуждение. По данным Республиканского Центра гигиены и эпидемиологии, ежегодно в Республике Беларусь регистрируется от 201,7 (1998 г.) до 103,7 (2007 г.) больных ОКИ на 100000 населения. РВИ занимает основное место в структуре заболеваемости ОКИ вирусной этиологии у детей младшего возраста и имеет тенденцию к росту. Если в 2000 г. на долю РВИ у детей приходилось только 19,9 %, то в 2007 г. — 43,6% в структуре ОКИ, что связано как с улучшением диагностики, так и с реальным ростом заболеваемости.

Из 755 больных, госпитализированных в ВОИКБ в 2007 году по поводу ОКИ, РВИ была лабораторно подтверждена в 42 случаях (5,6 ± 0,83%). Среди детей младшего возраста, госпитализированных в 2007 г. по поводу ОКИ, удельный вес РВИ составил 10,6 ± 0,8 %, что значительно меньше имеющихся в литературе данных. Это может быть связано как с поздним поступлением больных в стационар, так и нарушением правил обследования и недостатками лабораторной диагностики.

Из 94 случаев РВИ и микст-РВИ инфекции дети в возрасте 0-3 года составили 68,09 ± 4,8% (64 ребенка), дети 4-14 лет — 13,8 ± 3,5%

(13 детей), дети старше 14 лет и взрослые 18,09 ± 3,9% (17 больных). Анализ течения РВИ у детей младшего возраста показал, что в 46,9 ± 6,2% (30 случаев)

заболевание протекало в виде моно-инфекции, у 34 детей, что составило 53,1±6,3% была диагностирована микст-ротавирусная инфекция. Структура микст-РВИ представлена в таблице.

Таблица. Структура микст-ротавирусной инфекции (Абс.ч., $P \pm m_p$, %)

Вид возбудителя	Общее количество микст-инфекции в группе 0-3 года (n=34)		Общее количество микст-инфекции в группе старше 3 лет и взрослые (n= 18)	
	Абс.ч	$P \pm m_p$, %	Абс.ч	$P \pm m_p$, %
а) ротавирус+стафилококк	21	61,7±8,4%	10	55,6±12%
б) ротавирус+энтеробактер	5	14,7±6,1%	2	11,1±7,6%
с) ротавирус+протей	5	14,7±6,2%	2	11,1±7,6%
д) ротавирус+клебсиелла	3	8,8±4,9%	3	16,6±9%
е) шигелла	-	-	1	5,6±5,5%
Зонне				

Как видно из представленной таблицы, обнаружение ротавируса сопровождалось выделением условно-патогенной флоры, наиболее частым представителем которой явился *St.aureus*. Только в одном случае была диагностирована микст-инфекция ротавирус-шигелла Зонне. Это говорит о том, что наличие преимущественно инвазивной диареи, как правило, исключает обследование, направленное на выделение ротавируса, и снижает истинные показатели заболеваемости РВИ, что может способствовать распространению РВИ в стационаре.

Анализ случаев РВИ и микст-РВИ у детей до 3 лет показал, что средний койко-день пребывания детей в стационаре составил 5,7 при РВИ и 6,4 при микст-РВИ. У большинства больных регистрировалось среднетяжелое и тяжелое течение заболевания – в 83,3±6,9% при РВИ и в 88,9±5,6% при микст-РВИ.

В 82,7±3,2% случаев заболевание начиналось остро. У всех больных детей регистрировалась диарея, повышение температуры тела, симптомы интоксикации и рвота. В 53,3±9,2% случаев при РВИ и 73,5±7,7% при микст-РВИ лихорадка была на уровне 38,1°-39,0°С с продолжительностью 1-3 дня (63,3±8,9% при РВИ и 61,7±8,4% при микст-РВИ). Синдром интоксикации регистрировался в 73,3±8,2% случаев при РВИ и 67,7±8,1% случаев при микст-РВИ. Рвота чаще была повторной и многократной – у 56,7±9,2% детей при РВИ и у 70,6±7,9% детей при микст-РВИ. Рвота появлялась на первые сутки заболевания у 60±9,1% детей при РВИ и у 70,6±7,9% детей при микст-РВИ и чаще сохранялась не более 2 дней – 56,6±8,2% случаев при РВИ и 67,3±8,6% случаев при микст-РВИ.

У 70,0±8,5% детей больных РВИ и у 76,5±7,3% детей при микст-РВИ наблюдали гастроэнтерит, у 23,3±7,8% детей РВИ – энтерит, и только у 8,8±4,9% детей при микст-РВИ – энтероколит. Кратность стула в группе больных РВИ была не чаще 1-5 раз у 70,0±8,5% детей, в группе микст-РВИ – у 67,7±8,14% детей, причем только при РВИ в 13,3±6,3% случаев регистрировалась диарея более 10 раз в сутки. Продолжительность диареи при РВИ не превышала 3-4 дня в 33,3±8,7% случаев, 5-6 дней – у 36,7±8,9% детей, в группе больных микст-РВИ - 3-4 дня у 50,0±8,7% детей и 5-6 дней у 29,4±7,9% детей. Анализ результатов

копрологического исследования показал, что патологические примеси (слизь, эритроциты, лейкоциты) регистрировались в $65,2 \pm 8,3\%$ случаев в группе больных микст-РВИ, тогда как при РВИ только в $16,7 \pm 6,9\%$ случаев. Катаральные явления (гиперемия зева, насморк, кашель) были выявлены у $70,0 \pm 8,5\%$ больных РВИ и в $44,1 \pm 8,6\%$ случаев при микст-РВИ.

Выводы.

1. Максимальный уровень заболеваемости РВИ регистрируется у детей в возрастной группе 0-3 года.

2. Для ротавирусной инфекции характерно частое сочетание с ОКИ, вызванными условно-патогенными бактериями.

3. Микст- ротавирусная инфекция характеризуется рядом особенностей: сочетанием водянистой диареи с гемоколитом, наличием симптомов дистального колита, выраженной лихорадкой, а также преобладанием тяжёлого течения в сравнении с моно- ротавирусной инфекцией.